FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

N° 308

Contribution à l'étude des métrorragies CHEZ LA JEUNE FILLE

par PIERRE COUINAUD

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Nevers le 28 Octobre 1891

Président : H. HARTMANN, Professeur

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, Rue de Valois, 7

1921

30?

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — # THÈSE N°..................

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'étude des métrorragies
CHEZ LA JEUNE FILLE

par PIERRE COUINAUD

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Nevers le 28 Octobre 1891



Président : H. HARTMANN, Professeur

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

—

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

	MM.
Anatomie descriptive	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA.
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BESANÇON.
Physiologie	RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LECÈNE.
Pathologie interne	RENON.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	GILBERT.
Cliniques médicales — Beaujon	CHAUFFARD.
Cliniques médicales — Cochin	WIDAL.
Cliniques médicales — Saint-Antoine	ACHARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale — Hôtel Dieu	HARTMANN.
Clinique chirurgicale — Saint-Antoine	LEJARS.
Clinique chirurgicale — Cochin	DELBET.
Clinique chirurgicale — Salpêtrière	GOSSET.
Clinique obstétricale — Tarnier	BAR.
Clinique obstétricale — Baudelocque	COUVELAIRE.
Clinique obstétricale — Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphylitiques	JEANSELME.
— des maladies infectieuses	TEISSIER.
— des maladies nerveuses	P. MARIE.
— des maladies mentales	DUPRÉ.
— infantile médicale	NOBÉCOURT.
— d'hygiène de la première enfance	MARFAN.
— infantile chirurgicale	Auguste BROCA.
— des voies urinaires	LEGUEU.
— gynécologique	FAURE.
— ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
— oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique	LANGLOIS, agrégé.
Stomatologie	FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BAUDUIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GOUGEROT.	LEREBOUILLET.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
CAMUS (J.).	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CHEVASSU.	GUILLEMINOT.	LÉVY-JOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHIRAY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DEBRÉ.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR H. HARTMANN

Professeur de Clinique Chirurgicale a la Faculté

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Professeur Hartmann

Monsieur le Docteur Florand

INTERNAT

Monsieur le Docteur Lapointe

Monsieur le Docteur Souligoux

Monsieur le Docteur Michon

A MM. les Docteurs Enriquez, Rudaux, Dujarier, Lesène, Cadmat

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547117_0044

INTRODUCTION

Chez les jeunes filles et même parfois chez les jeunes enfants, il n'est pas extrêmement rare de voir apparaître des hémorragies internes plus ou moins abondantes ; presque toujours, c'est au moment de la puberté qu'on les rencontre, elles sont en général capricieuses et particulièrement tenaces. Un problème embarrassant se pose alors, tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique : nous verrons, du reste, que de très nombreuses théories ont été proposées pour les expliquer.

Il était classique, autrefois, d'invoquer comme cause de tous ces troubles, la métrite, mais depuis l'étiologie infectieuse de cette affection a bien démontré, et l'on doit à Richalot et à ses élèves d'avoir prouvé que les métrorragies survenant chez les jeunes filles et du reste aussi à l'autre pôle de la vie génitale chez les femmes au moment de la ménopause, ne sont en général pas la conséquence d'une infection utérine. On a donc dû chercher ailleurs la cause de ces troubles.

Il est possible de rencontrer, même dans le jeune âge, des lésions réelles et bien définies qui expliquent aisément ces métrorragies : on trouve dans la littérature médicale des exemples de fibromes utérins, tel entre autres celui qu'a rapporté Cavailhon (*Lyon Médical*, 15 juin 1902), des exemples de cancer du col chez des fillettes en bas âge (Blum: *Deuth Méd. Wonchenschrift*, 1909, p. 1331), des exemples de sarcomes de l'utérus dont Picquand a pu rapporter douze cas; mais, en dehors de ce

fait que ce sont presque des curiosités cliniques, le diagnostic de la cause des hémorragies qu'entraînèrent ces tumeurs fut aisé, les lésions étant toujours nettes.

Il n'en est pas de même pour les métrorragies dites essentielles dont il nous a été permis de recueillir plusieurs observations. Nous verrons que pour les expliquer on est obligé d'invoquer des causes multiples, tant générales que locales et dans bien des cas n'en trouvant aucune, on est conduit à envisager l'hypothèse de troubles de la sécrétion interne de l'ovaire; l'échec de tous les traitements habituels et les résultats thérapeutiques obtenus par l'ovariotomie semblent confirmer cette manière de voir.

Métrorragies de causes générales

Toutes les maladies générales peuvent retentir plus ou moins sur l'appareil génital de la femme. Certains auteurs ont même affirmé que les troubles utérins que l'on rencontre chez les jeunes filles et particulièrement les métrorragies, sont toujours secondaires et qu'il fallait en rechercher la cause dans l'état général de la malade.

Nous verrons cependant qu'il est des cas assez rares il est vrai, où, malgré les investigations les plus minutieuses, il est impossible de trouver à l'examen le plus complet de ces femmes un trouble, même léger, de la santé générale qui puisse expliquer ces phénomènes morbides.

Il n'en est pas moins vrai qu'en présence d'une jeune fille ayant des troubles marqués de la menstruation,

caractérisés principalement par l'abondance et la continuité du flux menstruel, on doit procéder dans tous les cas, et très soigneusement, à un examen complet de la malade.

Nous éliminerons, en les signalant très rapidement, les métrorragies que l'on peut rencontrer au cours des maladies infectieuses, métrorragies qui sont directement en rapport avec les lésions parenchymateuses ou vasculaires causées par ces infections.

C'est ainsi qu'on peut les voir survenir au cours de la fièvre typhoïde : ce sont les épistaxis utérines de Gubler, au cours de certains purpuras, au cours de la scarlatine, au cours de la variole dans sa forme hémorragique : ce ne sont que des épisodes dans ces maladies bien définies, qui ont peu d'intérêt clinique, moins encore pathogénique, leur cause se découvrant d'elle-même.

Nous n'insisterons pas également sur la possibilité de métrorragies dues à des troubles intestinaux, pouvant peut-être provoquer de la congestion des plexus utéro-ovariens ; il serait bien osé de vouloir affirmer la réalité d'une telle conception.

Beaucoup plus importantes et beaucoup plus fréquentes sont les perturbations de la fonction utérine que l'on rencontre chez les jeunes filles au cours des maladies des grands appareils : ce sont avant tout les maladies du cœur qui sont en cause. Elles ont, en effet, une très grande influence sur la menstruation ; tous ces troubles sont connus depuis très longtemps et nombreux sont les auteurs qui se sont occupés de cette question ; nous citerons entre autres Gaillard, Peter, Durozier, Merclin,

Dalché, Vallon. Mais toutes les maladies du cœur n'ont pas la même influence sur les fonctions utérines.

Les lésions aortiques, du reste assez rares chez les jeunes filles, ont peu d'influence, il n'en est pas de même des lésions mitrales.

Les métrorragies que l'on rencontre au cours de cette affection se voient surtout à la période de compensation: c'est, en effet, tout au début que se produisent ces hémorragies, et souvènt même elles constituent le premier symptôme ou, pour mieux dire, celui qui attire l'attention.

Dalché, notamment, cite un exemple de ce genre et, depuis, bien d'autres cas semblables ont été signalés.

La pathogénie en est facile à expliquer : il y a gêne de la circulation et la fluxion utérine menstruelle en subit le contre-coup.

Au point de vue clinique, il est des cas où l'on pense de suite au rétrécissement mitral : il s'agit de fillettes se développant mal, chez lesquelles la menstruation s'établit tard, d'une manière irrégulière, et chez lesquelles on voit survenir des métrorragies. Mais, dans bien des cas, l'attention n'est pas attirée par cet ensemble symptomatique et il faut rechercher les quelques symptômes révélateurs de l'affection cardiaque : un peu d'essoufflement, un peu de gêne précordiale, des palpitations ; et même, si l'on ne trouve encore rien, il faut ausculter le cœur soigneusement pour découvrir les signes stétoscopiques que, bien entendu, il ne faudra pas confondre avec les souffles anémiques que l'on rencontre si fréquemment chez ces jeunes filles qui ont perdu une assez grande quantité de sang.

A la période d'asystolie, il est presque constant de voir ces métrorragies disparaître et, au contraire, être remplacées par de l'aménorrhée.

Dans les maladies du cœur droit, on voit moins souvent des hémorragies ; les règles s'établissent tardivement, sont irrégulières et peu abondantes. Cependant, il nous a été permis de rencontrer chez une jeune fille atteinte de rétrécissement pulmonaire, des métrorragies assez abondantes qui furent en quelque sorte le symptôme révélateur de l'affection ; nous en rapportons ici l'observation :

Observation 1 (inédite)

Mademoiselle A..., âgée de 17 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 26 janvier 1921, pour métrorragies.

Peu de choses dans ses antécédents héréditaires : parents bien portants, père rhumatisant.

Frères et sœurs bien portants, cependant une de ses sœurs a des épitaxis fréquentes.

Cette jeune fille a un développement retardé, taille petite 1 m. 48. Elle s'est plainte dans son jeune âge d'essoufflement qui a été en diminuant à mesure qu'elle grandissait.

Pas de maladies antérieures sérieuses. Quelques épitaxis assez prolongées.

Premières règles à 15 ans, régulières au début, puis irrégulières, parfois douloureuses mais jamais très abondantes.

Le 25 février, elle fut prise de métrorragies très abondantes et douloureuses, en dehors de ces époques menstruelles, en même temps sensation de grande fatigue. L'abondance de cette hémorragie l'oblige à entrer à l'hôpital.

A l'examen, faciès pâle un peu cyanosé, un peu d'essoufflement, pas de température.

L'auscultation du cœur fait entendre à la pointe un premier bruit prolongé, un dédoublement physiologique du deuxième bruit rythmé par la respiration ; à la base, un souffle pulmonaire systolique, le deuxième bruit est clangoreux.

Le pouls est petit; tension maxima 15, minima 18; un peu de circulation collatérale. A l'auscultation du poumon, on trouve une respiration un peu diminuée au sommet droit.

L'examen du sang révèle une légère anémie sans altérations globulaires.

L'examen de l'appareil génital permet de voir que cette jeune fille est vierge, par le toucher rectal on sent l'utérus qui ne paraît pas augmenté de volume.

Sous l'influence du repos et du traitement médical, les métrorragies qui ont duré une huitaine de jours ont complètement disparu.

Les troubles utérins que l'on rencontre au cours des maladies du foie, bien que peu fréquents, existent néanmoins ; Dalché et Siredey ont étudié cette question et ont montré que c'était particulièrement chez les lithiasiques que l'on voyait apparaître ces altérations dans la fonction menstruelle : ce ne sont, le plus souvent, que des règles abondantes et anormalement prolongées ; aucune cause locale ne peut les expliquer et le traitement de l'affection primitive rétablit au moins temporairement la fonction normale.

L'influence des maladies du rein sur la menstruation n'est pas douteuse, les observations rapportées n'en sont cependant pas nombreuses.

Siredey en cite trois cas : il s'agit de jeunes filles qui, tantôt au cours d'une néphrite aiguë, tantôt au cours d'une néphrite subaiguë, font des hémorragies utérines ; en tous cas, il n'est pas difficile de les rapporter à leur cause réelle ; l'examen des urines et les autres signes du mal de Bright en feront faire aisément le diagnostic. La pathogénie de ces hémorragies est plus discutable; faut-il simplement invoquer l'hypertension ? faut-il invoquer les altérations du sang ou des parois vasculaires? la question ne peut être définitivement tranchée.

Nous ne ferons que mentionner ici les métrorragies que l'on peut rencontrer au cours de l'impaludisme, celles que l'on peut voir apparaître à la suite d'un traitement arsénical prolongé, quelquefois même après une cure hydrominérale (Mont-Dore). Siredey signale enfin des hémorragies utérines que l'on peut voir survenir après l'absorption de sulfate de quinine et quelquefois après usage de préparations salicylées.

La chlorose a été autrefois incriminée ; mais, comme l'a fait remarquer Hayem, ce sont justement ces hémorragies répétées qui l'engendrent ; elle n'en est pas la cause, mais au contraire elle n'en est que l'aboutissant.

Métrorragies de causes locales

Nous venons de passer très rapidement en revue les maladies qui peuvent provoquer, chez les jeunes filles, des métrorragies. Il ne faut pas perdre de vue que, pratiquement, le plus grand nombre des accidents que l'on voit survenir au moment de la puberté rentrent dans cette classe ; d'autre part, même si l'on ne trouve rien à l'examen complet de ces malades, il est possible que des perturbations souvent très légères de la santé générale peuvent passer inaperçues : et peut-être sont-elles tout simplement la cause de ces métrorragies dites essentielles, dont on ne peut trouver d'explication raisonnable.

Il n'en est pas moins vrai que, parfois, les troubles utérins que l'on rencontre chez les jeunes filles sont directement en rapport avec des lésions de l'appareil génital, lésions qui, dans certains cas, sont banales, dans d'autres

cas sont plus spéciales, moins accentuées du reste et, partant, plus difficiles à interpréter et à expliquer.

Quoiqu'il en soit, en présence de métrorragies rebelles que rien n'explique, et devant l'échec de la thérapeutique médicale la plus appropriée, on devra toujours se demander et rechercher s'il n'existe pas des lésions de l'appareil génital, sachant bien qu'elles peuvent exister, même chez les jeunes filles.

La Métrite des vierges

Les anciens auteurs mettaient sur le compte de la métrite tous les troubles utérins ; mais, depuis que l'origine infectieuse de la métrite a été bien démontrée, il a fallu distraire du cadre de cette maladie toute une série d'affections qui se caractérisent par des symptômes analogues, mais dans lesquelles on ne peut trouver aucune origine infectieuse; l'étude anatomopathologique et bactériologique qui en a été faite permet de pouvoir l'affirmer. Si bien que le nombre de ces métrites virginales réelles, infectieuses, se trouve considérablement réduit.

Cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas, mais elles sont certainement très rares : l'appareil génital de la jeune fille vierge n'est pas à l'abri de l'infection ; on sait bien que la membrane hymen n'est pas une barrière infranchissable pour les microbes pathogènes et que, d'autre part, dans le vagin, il en existe de nombreux qui y vivent en saprophytes.

Le plus souvent, il s'agit d'affection gonococcique, le point de départ a été une vulvo vaginite dûe à des attouchements septiques, on sait que cette vulvo vaginite est

assez fréquente chez les petites filles, de là l'infection, franchissant l'hymen, peut atteindre la région du col et être le point de départ d'une endométrite banale caractérisée par des douleurs, des pertes glaireuses et de petites hémorragies.

En dehors du gonocoque, il est possible que d'autres microbes, normalement hôtes passifs et inoffensifs du vagin, peuvent, sous l'influence d'une affection quelconque, voir leur virulence exaltée et être la cause d'une infection ascendante de l'appareil génital. Blennorragiques ou banales, ces métrites passent à l'état chronique et tout le point de départ d'une endométrite avec toutes les lésions qui l'accompagnent ou la suivent : allongement hypertrophique du col, salpingo ovarite. Dans ces cas, l'affection n'a rien de spécial, on trouve les lésions caractéristiques de la métrite du col : l'augmentation de volume de la région cervicale, la prédominance des altérations des glandes de la muqueuse, l'érosion du col, mais, il faut le répéter, ces faits sont extrêmement rares.

Dans d'autres cas plus intéressants, on peut voir, chez des jeunes filles indemnes de toute infection, des lésions pourtant assez nettes de la muqueuse utérine, et uniquement d'elle, qui entraînent des hémorragies répétées, souvent abondantes et qui ne cèdent qu'à un curettage soigné de la cavité utérine.

Siredey et Lemaire, qui ont étudié cette question, rapportent quatre observations qui ont trait à ces faits : il s'agit de jeunes filles dans les antécédents et dans l'examen général desquelles on ne trouve aucune affection. A la puberté, les règles s'établissent abondantes, ces

pertes de sang deviennent de plus en plus importantes et entraînent des phénomènes d'anémie. L'examen local ne révèle rien de particulier, l'utérus est normal, les culs de sacs souples. Le traitement général, le repos au lit, les pansements vaginaux n'ont aucune influence sur ces métrorragies; le curettage de la cavité utérine qui est pratiqué, ramène des débris de muqueuse épaisse ; l'examen histologique qui en fut fait permit de voir l'augmentation d'épaisseur de la muqueuse et le développement exagéré des glandes qui sont déformées, sinueuses ; l'épithélium qui les tapisse est constitué par des cellules cylindriques en voie de multiplication très active, aucun leucocyte entre ces cellules ou dans la cavité des glandes, aucune modification du côté du chorion.

Ces lésions sont bien différentes de celles que l'on rencontre dans la métrite banale où les déformations sont étendues à toute l'épaisseur de la muqueuse, envahissant le chorion sous-muqueux et où l'on trouve de nombreux lencocytes. Il est bien difficile de donner une explication à ces altérations particulières ; s'agit-il d'une infection atténuée datant du jeune âge et due aux microbes qui vivent en saprophytes dans la cavité vaginale? s'agit-il de lésions vasculaires d'origine générale? La question n'est pas tranchée et pratiquement en présence de métronagies rebelles survenant chez des jeunes filles, alors que l'examen général ne permet de découvrir aucune affection pouvant l'expliquer et devant l'échec de tout traitement médical, on devra pratiquer un curettage qui permettra, dans certains cas, de reconnaître ces lésions spéciales de la muqueuse utérine et d'obtenir un résultat thérapeutique souvent très satisfaisant.

Nous reproduisons ici deux de ces observations empruntées à l'article de Siredey et Lemaire paru dans la Revue de Gynécologie de février 1911.

OBSERVATIONS II

Siredey et Lemaire (Revue de Gynécologie Février 1911)

Jeune fille de 14 ans, réglée à 11 ans, régulièrement. Sa mère et deux sœurs réglées de façon normale.

Cette jeune fille est bien portante; elle n'a eu aucune maladie grave. La menstruation s'est établie dans des conditions normales, sans douleur, il n'existait pas de leucorrhée.

Dès la première année, le flux menstruel est plus abondant et plus prolongé que chez ses deux sœurs. On n'y prend pas garde, mais c'est surtout à partir de la 13e année que les règles augmentèrent d'une façon inquiétante. L'écoulement sanguin avait une durée habituelle de neuf à dix jours et laissait la jeune fille pâle et fatiguée. On essaya de lui faire garder le lit pendant toute la durée de la perte menstruelle : le résultat fut à peu près nul. On employa le seigle ergoté, l'ergotine, les préparations d'hydrastis, l'hamamelis, les injections très chaudes, tout fut inutile.

Les hémorragies ne cessèrent pas d'augmenter; elles duraient de quinze à vingt jours par mois et faisaient place, dans l'intervalle, à un liquide rosé, de sorte qu'il se produisait un écoulement de sang à peu près ininterrompu.

L'un de nous, appelé à voir la malade à cette époque (juillet 1904) fut frappé de sa faiblesse et de sa pâleur. La muqueuse et les téguments étaient d'un blanc mat, le pouls petit et fréquent, 112-116. On ne constatait pas de souffles organiques aux divers orifices du cœur, mais des bruits anémiques très nets à la base.

Pas de sensibilité à la palpation de l'abdomen, même à la partie inférieure des fosses iliaques.

Le toucher rectal décelait une légère déviation du corps utérin en arrière. L'utérus était de volume normal. Aucune sensibilité insolite de l'utérus ou des annexes. Hymen intact et résistant.

En raison de l'anémie très prononcée de la malade, de son épuisement, il est absolument indispensable de recourir à un traitement local pour arrêter l'hémorragie.

On décide de rompre l'hymen, de dilater l'utérus et de procéder à un curettage.

Après dilatation au moyen de laminaires, le curettage fut pratiqué. On retira de l'utérus une bouillie noirâtre assez épaisse avec de petits débris de muqueuse qui ne furent l'objet d'aucun examen microscopique.

La guérison était complète au bout de trois semaines; les règles sont revenues normalement et tout s'est bien passé depuis.

La malade, examinée six ans plus tard, ne présentait rien d'anormal. Les hémorragies ne se sont pas reproduites.

OBSERVATION III

Siderey et Lemaire (Revue de Gynécologie Février 1911)

X..., âgée de seize ans, est présentée plusieurs fois par sa mère, à la consultation gynécologique de l'hôpital Saint-Antoine, du mois d'avril 1909 au mois de janvier 1910, pour des pertes de sang prolongées.

Aucun passé génital, pas de leucorrhée, pas de vulvite. Aucune maladie grave.

Réglée à treize ans, sans douleur; la menstruation, normale au début, devint plus abondante à l'âge de quinze ans. En avril 1909, elle prit un caractère hémorragique et dura plus de six semaines. La malade resta pendant deux mois dans le service à ce moment. En raison de l'intégrité de l'hymen et de son étroitesse, on pratiqua le toucher rectal qui ne révéla aucune modification appréciable de l'utérus et de ses annexes.

La malade fut maintenue rigoureusement au lit et, devant l'insuccès des préparations d'ergotine, d'hydrastis, d'hamamélis, on eut recours à des pansements vaginaux à la gélatine et à des injections hypodermiques de sérum gélatiné à 2 °/°. Les pertes s'arrêtèrent et, pendant quatre mois, les règles furent un peu moins abondantes et surtout moins prolongées.

A la fin de novembre 1909, elles parurent à la date habi-

tuelle, sans malaise particulier, et ne s'arrêtèrent pas, malgré le séjour au lit. De légères recrudescences de l'écoulement marquèrent l'époque des deux menstruations suivantes et, à la fin de janvier, les parents de cette jeune fille se décident à la faire entrer à l'hôpital pour y suivre le traitement local dont on leur a montré la nécessité.

A son entrée, l'examen par la voie rectale et par la voie vaginale ne fit constater aucune altération des annexes. Un petit spéculum introduit dans le vagin montra un col légèrement béant qui admettait facilement l'hystéromètre et, quand on l'introduisit dans la cavité utérine, on avait la sensation de passer sur une surface irrégulière, rugueuse, toute formée de bosselures.

Après anesthésie et dilatation à l'aide de bougies d''Hegar, on procéda au curettage. La cuvette ramena des débris de muqueuse qui furent examinés au microscope.

Guérison complète au bout de quinze ou seize jours.

La malade a quitté l'hôpital après les règles suivantes qui se passèrent normalement. Elle a été revue depuis. La guérison s'est maintenue ; l'état général s'est promptement relevé.

La Sclérose utérine

On rencontre assez fréquemment chez des jeunes filles à l'hérédité plus ou moins chargée des métrorragies qui s'accompagnent souvent de douleurs, de leucorrhée, de pesanteur dans la région pelvienne, qui apparaissent le plus souvent au moment de la puberté, et qui vont progressivement en s'aggravant. Autrefois, tous ces troubles étaient rattachés à la métrite, mais l'absence de toute infection possible oblige à les ranger dans une autre catégorie que Doloris a appelée la fausse métrite, du reste les lésions très particulières que l'on rencontre, et qui sont de règle, montrent le bien fondé de cette opinion; la plupart des auteurs ne voient dans cette affection qu'une manifestation de la diathèse arthritique.

Les altérations utérines et périutérines que l'on rencontre dans ce cas sont relativement nettes : l'utérus en règle générale est gros, scléreux; sa paroi très épaissie est dure, l'élément musculaire est normal; très souvent on constate une rétroversion ou une antéflexion proprononcée, il existe parfois même un léger degré de prolapsus; le col est souvent augmenté de volume, congestionné. On trouve parfois des polypes muqueux ou des fongosités bénignes qui peuvent remplir la cavité utérine. La muqueuse est généralement hypertrophiée, lisse, blanchâtre, tapissée par un épithélium normal, parfois cependant la vascularisation en est très marquée. Les glandes ramifiées, très serrées, ne présentent pas d'altération structurale, aucune modification du chorion; du côté du péritoine pelvien aucune réaction, aucune adhérence; il ne s'agit évidemment pas de phénomènes inflammatoires.

Les lésions ovariennes que nous étudierons plus loin sont parfois concommittantes.

En résumé, au point de vüe anatomo-pathologique, on trouve de la sclérose utérine caractérisée par une hyperplasie des éléments utérins et une tendance au relâchement du tissu fibreux qui entraîne les déviations de l'utérus que l'on rencontre assez fréquemment chez ces malades.

La fréquence de ces lésions, bien entendu souvent moins prononcées, est grande, et Siredey, qui a bien étudié cette question, range dans cette catégorie une grande partie des troubles utérins que l'on rencontre chez les jeunes filles.

Au point de vue symptomatologique, nous trouvons

beaucoup d'analogie avec la vraie métrite; il y a de la douleur, des hémorragies. Cependant quelques caractères sont un peu spéciaux: ces métrorragies apparaissent au moment de la puberté ou quelquefois l'établissement de la fonction menstruelle s'est faite difficilement, les règles étaient souvent douloureuses, irrégulières, diminuées et peu à peu elles ont augmenté d'abondance et surtout de durée; ces jeunes filles restent presque constamment « dans le sang », peu à peu, et si l'on n'y prend point garde, elles s'anémient et, bien souvent, on met ces métrorragies sur le compte de la chlorose, alors que cette dernière n'en est que le résultat.

Si l'on examine de près ces malades, on remarque qu'elles sont débiles, nerveuses, irrascibles; on trouve dans leurs antécédents des parents arthritiques, parfois leurs sœurs ont présenté les mêmes troubles.

A l'examen local, on ne trouve rien d'anormal; parfois par le toucher vaginal si l'hymen est suffisamment perméable ou rectal, si l'on ne peut faire autrement, on constate que l'utérus est un peu augmenté de volume, lourd, souvent en rétroversion, les culs-de-sacs sont libres, il est rare que l'on puisse percevoir les ovaires.

Mais c'est surtout par le traitement que l'on va instituer chez ces malades que l'on peut affirmer l'exactitude de son diagnostic, car c'est en traitant l'état général que l'on obtient des résultats thérapeutiques et nous verrons qu'avant tout c'est le séjour au lit qui constitue le traitement de choix mettant tous les organes au repos et, en même temps, il a le grand avantage de soustraire ces jeunes malades à toutes les fatigues et à tous les excès qu'entraînent leur genre de vie habituel.

Nous rapportons ici une observation inédite qui se rapporte à ces faits.

OBSERVATION IV *(inédite)*

Mademoiselle Louise B..., âgée de quinze ans, est admise à l'hôpital, le 19 janvier 1921, à onze heures du soir, pour métrorragie abondante.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Aucune maladie antérieure.

Réglée le 19 avril 1920. Dès le début perd pendant deux mois sans arrêt, très abondamment. Elle entre alors à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Siredey, où elle est soignée par le repos au lit. Les métrorragies cessent, elle quitte alors l'hôpital.

Un mois après, nouvelle hémorragie qui dure quinze jours et qui cesse peu à peu. Elle est reprise le mois suivant de nouvelles métrorragies presque continuelles mais moins abondantes, elle perd presque tout le temps, à peine s'il y a un arrêt de deux ou trois jours une ou deux fois par mois. Le 19 janvier 1921, prise d'une hémorragie plus abondante, elle est amenée à l'hôpital.

A l'examen, on constate une anémie intense : pâleur, conjonctives décolorées, pouls rapide. Numération globulaire le 20 janvier : 2.800.000. Tension artérielle, max. 15, min. 7 1/2 au Pachon.

L'examen général ne montre rien d'autre : pas de lésion cardiaque, pas de lésion rénale. N'a jamais eu d'épitaxis ni d'hénioptysies.

A l'examen de l'appareil génital, on constate que cette jeune fille est vierge. Elle perd assez abondamment du sang liquide sans caillots, pas de pertes de membranes.

Au toucher rectal, on trouve un utérus rétroversé, col dévié en avant et à droite. Les ovaires ne sont pas perçus.

Cette malade est laissée au repos complet au lit avec quelques injections chaudes, les métrorragies cessent au bout de quelques jours complètement. Elle sort de l'hôpital au bout d'un mois après avoir eu des règles normales n'ayant duré que deux jours.

Elle n'a pas eu depuis de nouvelles hémorragies.

La Syphilis

En présence d'une jeune fille ayant des métrorragies abondantes, lorsque l'examen local ne révèle rien d'anormal, lorsqu'on ne trouve aucune altération des grands appareils et particulièrement du cœur, on est en droit de rechercher s'il n'existe aucun indice susceptible de faire penser à la spécificité; on fouillera dans les antécédents de la malade et même, si l'on ne trouve rien qui puisse faire supposer cette maladie, on devra pratiquer la réaction de Wasserman.

Ce n'est pas que la syphilis soit une cause très fréquente des métrorragies des jeunes filles, mais il est cependant des cas où indubitablement on doit l'incriminer. Les lésions vasculaires très prononcées qu'elle engendre expliquent facilement la genèse de ces hémorragies.

Nous rapportons ici une observation très nette que nous devons à l'extrême obligeance de M. le docteur Rudaux et du docteur Follenfant que nous tenons à remercier ici très vivement.

La jeune fille en question avait, depuis plusieurs années, des métrorragies extrêmement abondantes; l'une d'elle fut tellement importante qu'elle mit en danger la vie de cette malade. L'origine spécifique de ces hémorragies fut supposée, bien qu'on ne trouvât à l'examen aucun signe qui puisse le faire affirmer; la réaction de Wasserman fut nettement positive et le traitement fut institué de suite. Les résultats furent parfaits, les métrorragies s'arrêtèrent et la jeune fille revint rapidement à la santé.

Nous publions ici cette intéressante observation.

Observations V

(Communiquée par M. le Docteur Rudeaux et par le Docteur Follenfant.)

Simone G..., 18 ans, présente des métrorragies très abondantes.

Les grands parents ont joui pendant leur vie d'une très bonne santé et sont morts âgés. Les parents sont vivants et très bien portants. On ne révèle pas traces de spécificité.

Leur fille unique a eu les petites maladies de l'enfance sans gravité.

Réglée à 12 ans normalement ; vers 13 ans, absence des règles pendant deux mois.

A l'âge de 15 ans, cette jeune fille a commencé à avoir des métrorragies : ses règles étaient abondantes, et dans l'intervalle, elle perdait toujours un peu, si bien que sa mère ne savait plus exactement quand était la période menstruelle.

A ce moment, un séjour de deux mois à la campagne a régularisé les règles.

En octobre 1916, scarlatine sans complication.

Depuis 1916, métrorragies abondantes à chaque période menstruelle et, dans l'intervalle, le linge est toujours taché. Tous les traitements médicaux échouent.

En 1920, un séjour au bord de la mer ne donne qu'une recrudescence des métrorragies, les injections d'eau de mer restent sans résultat.

En novembre 1920, vers l'époque présumée des règles, hemorragie très grave durant trois jours consécutifs. A force de tamponnements, d'injections d'ergotine, cette métrorragie diminue, mais, pendant plusieurs jours, la malade perd de gros caillots. La malade est exsangue, le pouls filiforme, gencives décolorées, syncopes successives. Le traitement des grandes hémorragies est institué. M. le docteur Rudaux, appelé en consultation, examine la malade et trouve un utérus infantile sans fibrome, ni polype. La situation est critique et on lutte par tous les moyens possibles contre cette hémorragie.

Devant l'absence de toute cause susceptible d'expliquer ces hémorragies, M. Rudaux émet l'hypothèse de la spécificité. La

réaction de Wasseman pratiquée est nettement positive. Un traitement par injections d'Enésol et de Sulfarsénol est institué aussitôt. Les hémorragies s'arrêtent.

En mars 1921. — Période menstruelle normale. avec quelques caillots.

En mars 1921. — Période menstruelle normale.

La malade reprend sa vie normale, elle a augmenté de 7 kilogs en trois mois et est, à l'heure actuelle, en parfaite santé.

Les lésions ovariennes

Nous avons passé en revue assez rapidement toutes les causes susceptibles de provoquer des métrorragies chez les jeunes filles et, cependant, dans certains cas où l'on se trouve en présence de métrorragies abondantes, tenaces, ne cédant à aucun traitement général ni local, on peut se demander s'il ne faut pas chercher l'origine de ces hémorragies dans un trouble de la fonction ovarienne.

Bien des faits semblent confirmer cette manière de voir : chez ces malades, on ne trouve aucune maladie générale susceptible d'expliquer les troubles utérins qui parfois sont si marqués et, d'autre part, si l'on examine ces utérus, on ne trouve que des lésions très banales tant au point de vue histologique que bactériologique : on voit un léger degré d'hyperplasie conjonctive du myomètre, une muqueuse épaissie avec des glandes plus nombreuses, plus serrées, souvent flexueuses. Il est impossible de voir dans ces utérus des lésions métritiques réelles.

Rochelot et ses élèves ont bien montré qu'il n'y avait là aucune infection; il s'agit de jeunes filles absolument indemnes de toute contamination; du reste, de nombreux

expérimentateurs ont recherché si dans cette muqueuse on trouvait des microbes, et toutes leurs recherches furent négatives, il s'agit là de lésions non inflammatoires. C'est la conclusion à laquelle sont arrivés de nombreux auteurs pour ne citer que les travaux de Pozzi, de Rochelot, de Doléris, de Theilhalber.

Mais alors comment expliquer ces troubles utérins si marqués ?

Différentes causes ont été invoquées : pour les uns, il s'agirait de lésions du parenchyme et Richelot soutient qu'elles sont dues à l'artério-sclérose.

Theilhalber invoque une insuffisance de la musculature de l'utérus et des vaisseaux résultant d'hypoplasie congénitale; nous avons vu qu'en somme on rattacherait tous ces troubles à des manifestations de neuro-arthritisme. Cette opinion dans certains cas peut être fondée, mais elle est loin de s'appliquer à tous. La preuve en est faite par l'expérience qui montre que souvent on n'a pas à faire à des utérus scléreux et que d'autre part, lorsqu'on se trouve en présence de telles lésions, elles n'impliquent pas forcément des troubles de la menstruation bien marqués. L'échec du reste complet des moyens thérapeutiques généraux vient encore pour une petite part confirmer cette manière de voir.

Pour d'autres auteurs, il s'agirait de lésions des vaisseaux utérins qui seraient dilatés, envahis par du tissu caverneux, ce serait en somme de l'angiosclérose envahissante; cette opinion peut être juste dans certains cas, mais malheureusement l'examen histologique de ces utérus ne montre pas toujours cette altération vasculaire.

Pour Siredey et Lemaire, il s'agirait de lésions mu-

queuses; nous avons exposé précédemment cette théorie, qui est basée sur des observations dans lesquelles l'altération est évidente, mais il est des cas nombreux où l'on ne trouve aucune modification même minime du revêtement interne de l'utérus et dans lesquels le curettage, pratiqué plusieurs fois, n'a amené aucune amélioration même passagère.

L'on est en droit, dans ces conditions, de chercher ailleurs la cause de tous ces troubles. C'est pourquoi de nombreux auteurs veulent la trouver dans des lésions de l'ovaire; ce serait dans des lésions de l'ovaire qui, sans préjuger des rapports de la menstruation et de l'ovulation, préside à la fonction menstruelle normale qu'il faudrait trouver une perturbation qui expliquerait ces hémorragies pathologiques. Cela permettrait également de donner une même explication à ces métrorragies inexpliquées que l'on rencontre chez les femmes âgés au moment de la ménopause et chez lesquelles on ne peut déceler aucune lésion utérine susceptible de les expliquer.

Quelles sont alors les lésions de l'ovaire que l'on peut rencontrer ? il faut reconnaître qu'elles sont assez variables et que parfois on ne trouve pas d'altérations tout au moins très manifestes.

Cependant, il n'est pas très rare de rencontrer un des ovaires ou les deux ovaires gros prolabés dans le cul-de-sac de Douglas et douloureux; cette exploration est du reste rendue assez pénible par les difficultés que l'on rencontre à pratiquer un toucher chez les vierges.

C'est surtout lors d'une intervention abdominale, né-

cessitée par l'état parfois alarmant de ces jeunes malades que l'on peut apprécier convenablement la lésion.

Il n'est pas rare de trouver l'ovaire ayant subi la dégénérescence micropolykystique; nous rapportons ici une observation dans laquelle l'importance et la constance des métrorragies, n'ayant cédé à aucun traitement médical, à aucun traitement intra utérin et notamment au curettage, a nécessité une hysterectomie au cours de laquelle on a enlevé un ovaire nettement kystique et à la suite de laquelle la guérison complète est survenue rapidement. L'utérus était absolument normal, non augmenté de volume, la muqueuse ne présentait aucune altération notable; il semble bien que, dans ce cas, la lésion ovarienne était prédominante et que les métrorragies extrêmement abondantes dont souffrait cette malade étaient sous sa dépendance.

Observation VI (inédite)

Mademoiselle E..., âgée de 22 ans, présente des métrorragies extrêmement abondantes.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 15 ans, règles très douloureuses et abondantes, irrégulières.

Depuis un an environ, perd du sang dans l'intervalle de ses règles de façon inquiétante.

A l'examen, jeune fille de petite taille, très pâle. Anémie intense, muqueuses décolorées.

Numération globulaire, 2.800.000. Wasserman négatif. Aucune lésion cardiaque.

A l'examen local, organes génitaux externes à type infantile, grandes lèvres peu développées. Hymen intact.

Au toucher rectal, on sent un utérus paraissant petit, non

douloureux. On ne sent pas les annexes. Suintement sanguin par les organes génitaux externes.

La malade continue à perdre de plus en plus malgré le repos. Un curettage pratiqué n'amène aucune amélioration. Devant les phénomènes d'anémie intense et progressifs avec état général mauvais, on se décide à intervenir.

Hysterectomie subtotale. On trouve un petit utérus scléreux dont la muqueuse ne présente aucune altération. L'ovaire droit est gros nettement scléro-kystique, l'ovaire gauche est normal. Aucune réaction du péritoine pelvien.

Suites opérations normales. La malade se remet rapidement, elle est à l'heure actuelle en parfaite santé.

Comment alors expliquer cette lésion ovarienne spéciale ?

On sait que la pathogénie de l'ovaire à petits kystes a soulevé de nombreuses controverses et reste encore, à l'heure actuelle, bien obscure.

De nombreuses théories ont été proposées : pour les uns, il s'agirait d'ovaires infectés ; nous voyons bien que, dans notre cas, cette opinion n'est pas justifiée; il n'y a pas trace d'infection : l'absence de toute adhérence, de toute réaction du péritoine pelvien vient encore à l'appui de cette manière de voir.

Pour d'autres, ces ovaires seraient des ovaires congestifs, et nous revenons là à la théorie défendue par Richelot et Doléris de la congestion arthritique; il est certain qu'elle peut s'appliquer à certains cas, mais dans celui qui nous intéresse, comment expliquer que cette congestion ait produit dans l'ovaire des lésions de dégénérescence alors qu'aucune lésion utérine appréciable n'est concommittante ?

Pour d'autres, enfin, il faudrait voir là des lésions dystrophiques des vaisseaux et, pour certains auteurs même, du système nerveux.

Si l'on examine de tels ovaires sclérokystiques, on constate des lésions assez complexes et souvent difficiles à interpréter :

Pour certains auteurs, notamment pour Forgue et Massabuau, qui ont fait une étude complète de cette affection, l'altération principale résiderait dans une hyperproduction de la glande interstitielle, cette néoformation serait particulièrement marquée dans cette forme dite « essentielle » de ces ovaires sclérokystiques.

Mais d'après les données plus récentes de la physiologie, d'après Gley notamment, il semble que la glande interstitielle ne soit pas développée chez la femme et qu'elle n'existe que chez certains animaux; ce serait, au contraire, les cellules du corps jaune qui, à elles seules, présideraient à la sécrétion interne de l'ovaire, tout au moins dans la race humaine. Ce sont elles qui sont chargées de la nutrition de l'urétus. De nombreuses expériences de physiologie viennent confirmer cette manière de voir; leur destruction entraînerait entre autres une atrophie rapide de l'appareil génital.

On peut, dans ces conditions, concevoir qu'une hypertrophie de ces cellules du corps jaune entraînerait leur hypersécrétion et qu'en présence de cette augmentation de la fonction ovarienne, on puisse voir un accroissement de la nutrition et de l'activité utérine. On tend à croire actuellement que la menstruation dépend d'une action hyperhémiante du corps jaune sur l'utérus et il il est possible de supposer que les altérations de ce corps jaune peuvent, dans une certaine mesure, être une explication de ces métrorragies.

Mais il est des cas où l'on ne trouve pas de lésions

ovariennes aussi nettes; nous rapportons ici une autre observation dans laquelle, comme précédemment, on ne rencontrait aucun trouble de la santé générale, aucune altération utérine appréciable et où l'on se trouvait en présence de métrorragies extrêmement abondantes survenant chez une jeune fille. Ces hémorragies n'ont cédé à aucun traitement médical ; le curettage n'a amené aucune amélioration et, devant la gravité de la situation, on s'est décidé à pratiquer une hysterectomie subtotale qui a entraîné une guérison complète.

Celle-ci a permis de voir que l'utérus n'était pas augmenté de volume, pas altéré, la muqueuse était absolument saine. Les ovaires un peu gros paraissent microscopiquement peu malades. Dans ce cas, il nous est impossible de conclure, car malheureusement l'examen histologique des annexes n'a pu être pratiqué, peut-être aurait-il pu déceler une lésion ovarienne très intéressante à connaître. Il nous a paru néanmoins intéressant de rapporter ce cas, car fort heureusement la fréquence de ces hémorragies si persistantes et si graves n'est pas grande.

OBSERVATION VII *(inédite)*

Mademoiselle X..., âgée de 27 ans, présente des métrorragies abondantes.

Les parents sont bien portants. Rien de particulier dans ses antécédents personnels.

Réglée à 15 ans 1/2. Règles très douloureuses et très abondantes. A chaque période menstruelle, la malade est obligée de se coucher.

Depuis deux ans environ, ses règles sont devenues extrêmement abondantes, réapparaissent plusieurs fois dans le mois ; la malade dit « qu'elle est constamment dans le sang ». Quelques douleurs dans le bas-ventre au moment des règles.

La malade a subi un curettage qui n'a amené aucune modification appréciable.

A l'examen (janvier 1919), on constate que la malade est extrêmement pâle avec un teint blafard, les muqueuses sont décolorées. Elle se fatigue au moindre effort. Wasserman négatif.

A l'examen local, hymen intact, utérus petit en antéflexion, les annexes ne sont pas perceptibles. Suintement sanguin par les organes génitaux externes.

L'état général de la malade allant en s'aggravant de plus en plus, l'anémie devenant de plus en plus intense, on se décide à intervenir.

Hysterectomie subtotale. Utérus petit, ne présentant aucune altération, muqueuse saine. Les annexes sont microscopiquement normales.

L'état général, à la suite de cette intervention, s'améliore rapidement. Elle est revue un an après (janvier 1920) en parfaite santé.

Traitement

Le traitement de ces métrorragies virginales est un des problèmes les plus embarrassants de la thérapeutique gynécologique. Il est bien évident qu'il devra d'abord être basé sur des considérations étiologiques. Il est des cas faciles : si l'on se trouve en présence d'une lésion nette telle qu'une tumeur utérine, le traitement ne différera pas de celui que l'on institue habituellement.

Nous n'insisterons pas également sur les métrorragies que l'on rencontre au cours des maladies du cœur, au cours des maladies du rein, au cours des maladies du foie. C'est le traitement de la lésion principale qui devra être appliqué. Mais le plus souvent, on a affaire à des cas plus difficiles; c'est, en effet, dans les métrorragies dites « essentielles » que le problème thérapeutique devient plus complexe.

Au début, en présence d'une jeune fille ayant des règles anormalement abondantes ou anormalement prolongées, on devra conseiller le repos complet au lit; cette ligne de conduite est absolue et on devra, si l'hémorragie s'arrête, conseiller de faire de même au moment de chaque période menstruelle. Ce séjour au lit souvent prolongé, et partant assez difficile à obtenir, a un effet des plus salutaire en mettant au repos tous les organes ; il a en plus cet avantage de soustraire la jeune malade à toutes les fatigues et parfois à tous les excès qu'entraîne son genre de vie habituel.

Il est des cas où ce simple traitement, auquel on peut adjoindre des règles d'hygiène, conduit à un résultat très satisfaisant; il faut avoir assez d'autorité pour l'imposer et le prolonger le plus longtemps possible. On pourra user également avec une certaine efficacité des préparations d'ergotine, d'hydratis, d'hamamélis, quelquefois même on aura recours au sérum gélatiné en application locale ou en injection.

Cependant, il ne faut pas, si les métrorragies persistent malgré tout, attendre trop longtemps de peur de voir un état d'anémie souvent grave s'installer.

Si l'on soupçonne la syphilis, on devra faire une réaction de Wasseman et, bien entendu, si elle est positive instituer un traitement énergique.

En dehors de ce cas et devant la persistance des hémorragies, on peut conseiller un curettage; celui-ci doit être fait soigneusement sous anesthésie; souvent, il est possible de le faire sans déflorer la jeune fille, l'hymen se laissant suffisamment distendre et le col s'abaissant bien.

Il est des cas où cette intervention amène de bons résultats et des résultats durables; nous avons vu qu'il s'agissait alors de métrorragies dues à des altérations de la muqueuse utérine. Peut-être pourrait-on encore essayer des injections intra utérine de chlorure de zinc qui donnent de bons résultats dans les métrites hémorragiques.

Mais parfois, et nous en avons publié deux observations, les hémorragies persistent et deviennent très menaçantes par l'état d'anémie intense qu'elles entraînent. C'est alors seulement dans ce cas où ayant épuisé toutes les ressources thérapeutiques, on a la main en quelque sorte forcée, le traitement radical qu'est l'hystérectomie devient indiqué.

Peut-être, dans ce cas, aurait-on pu essayer de faire des applications de radium qui, en général, ont un très bon effet sur les métrorragies.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des métrorragies virginales intéressantes au point de vue de leur pathogénie et de leur thérapeutique.

II. — Chez la jeune fille, on peut voir, mais rarement, se développer des tumeurs utérines qui s'accompagnent d'hémorragies.

III. — En dehors de ces cas exceptionnels, ces métrorragies peuvent être de cause générale: on en observe parfois au cours des maladies infectieuses, au cours des cardiopathies, plus rarement dans les maladies du foie et dans les maladies du rein.

IV. — Elles peuvent être dues à une métrite banale d'origine gonococcique, parfois à une endométrite spéciale caractérisée surtout par une prolifération de l'épithélienne glandulaire sans lésion inflammatoire du chorion.

V. La sclérose utérine, la syphilis ont été parfois invoquées comme cause des métrorragies virginales.

VI. — Dans quelques cas, on a pu observer des lésions ovariennes caractérisées parfois par la dégénérescence micropolykystique de l'ovaire. Il faut peut-être invoquer, en l'absence de tout autre facteur pathogénique, des troubles de la sécrétion interne de l'ovaire.

VII. — Le traitement diffère selon chacune de ces

causes : traitement purement médical, traitement utérin et, dans certains cas, devant le caractère rebelle de ces métrorragies et l'anémie grave qu'elles entraînent, l'hystérectomie devient nécessaire.

Paris, le 6 avril 1921.

P. COUINAUD.

Vu le Doyen :
ROGER.

Vu le Président de Thèse :
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Université de Paris :
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ARAN. — *Leçons sur les maladies de l'utérus et des annexes.* Paris, 1898.

BACHELIER. — *Métrorragies virginales essentielles.* Thèse de Paris, 1899.

BARBOUR. — *Les Hémorragies par sclérose des vaisseaux utérins.* Société obst. d'Edimbourg, juillet 1905. Presse médicale, 1905.

BARRAUD. — *Métrorragies dans les ovarites sclérokystiques.* Thèse de Bordeaux, 1902.

BLUM. — *Cancer du col chez l'enfant.* Deutch. Méd., Woncheuschrift 1909, p. 1331.

BOUILLY. — *Métrorragies d'origine ovarienne.* Sem. gynécologique, 1899.

CAVAILHON. — *Fibrome utérin chez une fillette.* Lyon médical, 15 juin 1902.

CONZETTE. — *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes.* Th. Paris, 1890.

DALCHÉ. — *Les Métrorragies virginales consécutives à la rétrodéviation de l'utérus.* La Clinique, 1908.

DAUCHEZ. — *Des Irrégularités menstruelles et en particulier des Hémorragies au début de la puberté.* Sem. gynécologique, 1897.

DELESPINE. — *Métrorragies et Affections annexielles.* Thèse Lille, 1905.

DOLÉRIS. — *Métrites et fausses Métrites.*

DOLÉRIS. — *Sclérose utérine.* La Gynécologie, février 1901.

FAURE ET SIREDEY. — *Art. Métrites. In Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.* 2e édition, Paris, 1914.

FINDLEY. — *Artériosclérose et Métrorragies.* Société de Gyn. américaine, juin 1905.

FORGUE et MASSABUAU. — *Les Métrorragies d'origine ovarienne.* Presse Médicale, 1912, p. 793.

FORGUE et MASSABUAU. — *Art. Métrites. In Gynécologie du nouveau Traité de Chirurgie.* Paris, 1916.

FORGUE ET MASSABUAU. — *L'Ovaire à petits kystes.* Revue de Gynécologie, mars 1910.

GANGHOFFER. — *Cancer du col chez l'enfant.* Zeitschr, für Heilkunde, 1888.

E. GLEY. — *Art. Ovaires.* In Traité de Physiologie, 1920, p. 737.

GUELLER. — *Les Métrorragies chez les jeunes filles.* Thèse Paris, 1901.

HEPP. — *Sclérose utérine et la vraie Métrite.* Th. Paris, 1899.

HIRSCHBERG. — *Le Carcinome du corps chez les vierges.* Berlin Klin, Woch 1909.

LAFFONT. — *Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire de l'utérus et des annexes.* Th. Paris, 1908.

MAUSBACH. — *Altération de la Muqueuse utérine chez une vierge.* Munich Méd., Woch 1910, p. 2114.

MÉRIEL. — *Dysménorrhée ovarienne chez une fillette de 14 ans.* Réunion Obst. de Toulouse, 1911, dans compte rendu Société d'Obst. et de Gynécologie, 1911.

OZEUNE. — *Dégénérescence scléreuse des Ovaires d'origine syphilitique.* IV^e Congrès d'Obst. et de Péd., Rouen, 1904.

OZEUNE. — *Angiosclérose de l'utérus. Métrorragie.* Soc. Méd. 1907.

PAUL PETIT. — *Angiosclérose et Métrorragies rebelles.* Journ. Méd. de Paris, 1898.

AUG. PETIT et PICHEOIN. — *Lésions vasculaires et Métrorragies.* Sem. Gynécologique, 1896.

POZZI et LATTEUX. — *Sur une forme rare de Métrite hémorragique. Angiosclérose envahissante.* Revue de Gynécologie, 1899, p. 774.

RICHELOT. — *Les pseudo métrites des Arthritiques nerveuses.* Bull. Médical, 15 mars 1899.

RICHELOT et BACROZZI. — *Congestion et Sclérose de l'utérus.* La Gynécologie, fév. 1901.

ROUX DE BRIGNOLLES. — *Sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause.* La Gynécologie, sept. 1909.

RUDAUX. — *Les Règles de quinzaine.* Gaz. des Hôpitaux, 24 fév. 1900.

SICARD. — *L'Artério-Sclérose métrorragique de l'utérus.* Thèse Paris, 1909.

SIREDEY. — *Les Métrorragies essentielles des jeunes filles.* Journal des Praticiens, 16 déc. 1899.

SIREDEY. — *Hygiène des Maladies de la Femme.* Paris, 1906.

Stredey et Henri Lemaire. — *Les Métrorragies essentielles.* Revue Gyn. fév. 1911.

Theilhaber. — *Les causes des Métrorragies préménopausiques.* Arch. S. Gyn., 1901.

Verin. — *Métrorragies dans le rétréc. mitral.* Th. Paris, 1894.

Volate de Penfeuihoux. — *Métrites chez les vierges et les multipares.* Th. Paris, 1895.

Wallart. — *La Glande interstitielle chez la femme.* Arch. S. Gyn., 1907, t. LXXXI, p. 271.

IMPRIMERIE DE *L'Expansion Scientifique Française*
7, Rue de Valois - PARIS